

Gesundheitsförderung - ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen: Einführung

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., & Rüdiger, A. (2018). Gesundheitsförderung - ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen: Einführung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 5-19). Hannover: Verl. d. ARL. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59570-1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0>

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea

Gesundheitsförderung – ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen. Einführung

URN: urn:nbn:de:0156-0853015



CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

S. 5 bis 19

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger, Andrea Rüdiger

GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN AKTUELLES THEMA FÜR RAUMPLANUNG UND GESUNDHEITSWESEN. EINFÜHRUNG

Gliederung

- 1 Urbane Gesundheit – aktuelle Bezüge
- 2 Einrichtung eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreises zur „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“
- 3 Unterschiedliche Disziplinen – unterschiedliche Perspektiven
- 4 Aufbau des Bandes
Literatur

Kurzfassung

Lebenswerte und somit auch gesunde Städte sind zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Raumentwicklung. Urbane Gesundheit knüpft an viele aktuelle Diskussionen zu verschiedenen Rahmentrends im gesellschaftlichen und politischen Raum an, die zunächst kurz angerissen werden. Die Schnittstelle von räumlicher Planung und Gesundheitswissenschaft und -praxis näher zu beleuchten, war die Aufgabe eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreises der ARL, der sich mit unterschiedlichen Perspektiven auf Begriffe und deren Verständnis, mit aktuellen Themenfeldern und Planungsebenen sowie Prozessen der Planung befasst hat. Dieser Sammelband enthält Ergebnisse aus der dreijährigen Arbeit des Arbeitskreises zu gesundheitsfördernden Stadtregionen für eine Leserschaft aus Planung und Gesundheitswesen in Praxis und Wissenschaft. Die Beiträge wurden überwiegend im Team aus Praxis-Wissenschaft sowie Planung-Gesundheit verfasst und punktuell durch weitere wissenschaftliche Expertise ergänzt.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung – Public Health – Raumplanung – Umweltgerechtigkeit – Verfahrensgerechtigkeit

Health promotion – A current issue for spatial (urban) planning and public health: An introduction

Abstract

Liveable and thus healthy cities are a central component of sustainable spatial development. Urban health is linked to many current discussions on various social and political roles, which are first briefly assessed. An inter- and transdisciplinary working group of the ARL has dealt with different perspectives on concepts and their understandings, with current topics and planning levels, and with processes of urban development, and aimed to scrutinise the interface between spatial planning and health sciences and practices. This volume contains the results of three years of the working

group on health-promoting urban regions for a readership from planning and public health in both practice and academia. The contributions were mainly written in cooperation between scientists and practitioners from the different disciplines and supplemented by additional scientific expertise.

Keywords

Health promotion – public health – spatial planning – environmental justice – procedural justice

1 Urbane Gesundheit – aktuelle Bezüge

Aktuelle Diskussionen zu Gesundheit im urbanen Raum knüpfen an Trends wie den demografischen und den klimatischen Wandel ebenso an wie an Migrationsprozesse, eine zunehmende soziale Spaltung der Gesellschaft und sozialräumlich unterschiedlich ausgeprägte Entwicklungsprozesse insbesondere in den Stadtregionen. Diese Rahmentrends führen in ihren wechselseitigen Zusammenhängen dazu, dass das Thema Gesundheit der Bevölkerung zunehmend auch als Thema der Stadtentwicklung verstanden wird.

Menschen haben eine steigende Lebenserwartung und werden immer älter, was Fragen in Bezug auf ein selbstbestimmtes Leben im Alter aufwirft. Dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu wohnen, stehen häufig parallele Prozesse des Aufbrechens familiärer generationenübergreifender Wohnformen sowie die Zunahme an Erkrankungen im hohen Alter entgegen. Eine besondere Rolle zur Entwicklung von Lösungen wird vonseiten der Gesundheitswissenschaften quartiersbezogenen Ansätzen zugewiesen. Beispielsweise wurde in Nordrhein-Westfalen vom Gesundheitsministerium das Programm *Altengerechte Quartiere* ins Leben gerufen, das einen klaren Sozialraumbezug in der Nachbarschaft älterer Menschen sieht.

Demografischer Wandel bedeutet auch, dass zugewanderte Menschen Teil der Städte und des Gesundheitswesens sind und werden. Eines der vorrangigen Probleme besteht für Kommunen in der Schaffung von temporären und kontinuierlichen Unterbringungsmöglichkeiten für die geflüchteten Personen (vgl. Busson/Fischer 2015: 10). Nicht zuletzt aufgrund der kommunalen Forderungen hat der Bundesrat im Oktober 2015 ein Gesetzespaket beschlossen, welches die Länder sowohl finanziell entlasten als auch eine Beschleunigung der Unterbringung von geflüchteten Personen ermöglichen soll. Die Bandbreite der sich daraus ergebenden planungsrechtlichen Möglichkeiten zur Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten im städtischen Raum ist u. a. unter gesundheitlichen Maßstäben kritisch zu bewerten.

Als einem weiteren gesellschaftlichen Trend ist sowohl in der Raumplanung als auch dem Gesundheitswesen der zunehmenden sozialen Ungleichheit Rechnung zu tragen. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird seit Jahrhunderten thematisiert und untersucht; es wird versucht, ihm mit Konzepten zu begegnen. Auch wenn diese Ansätze häufig zu einer wünschenswerten Verbesserung

des Gesundheitszustandes aller führen, tragen sie kaum zur Verringerung sozialer Ungleichheit bei. Denn soziale Ungleichheit schlägt sich im urbanen Raum über Bodenpreise und Mieten nieder. So nehmen räumliche Segregationsprozesse derzeit in entsprechenden Städten vielfach zu. In Modellen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden räumliche Faktoren wie Umweltbelastungen- und -ressourcen sowie Infrastruktur, soziale Netzwerke und die demografische Zusammensetzung von Nachbarschaften als relevante Determinanten für die menschliche Gesundheit identifiziert und als Kontextfaktoren bezeichnet.

Angesichts der aktuellen Debatte um Luftreinhalte- und Lärminderungsplanung in Hinblick auf den Bestand und die Möglichkeit der Ausweisung urbaner Gebiete bei Neuplanungen sind die Gesundheitsdeterminanten Luft- und Lärmbelastung ein aktuelles Thema. Denn sie stehen nachgewiesenermaßen mit Herz-Kreislauf-, Atemwegserkrankungen sowie neuerdings nachgewiesen auch mit demenziellen Erkrankungen in Zusammenhang.

Da Gesundheitsförderung ein ressourcenorientierter Ansatz ist, sei an dieser Stelle auf die positive Wirkung von Ruhezeiten sowie Erholungsflächen und hier insbesondere auf urbane Grün- und Wasserflächen verwiesen. Auch diese stellen ein aktuelles Thema dar, das gegenwärtig durch die Veröffentlichung des Weißbuches „Grün in der Stadt“ (BMUB 2017) durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) und die damit verbundenen Forschungsvorhaben zu den Potenzialen von urbanem Grün sehr breit in Forschung und Praxis diskutiert und in Maßnahmenkonzepte überführt wird. Mit ihrem Beitrag zur Reduzierung städtischer Wärmeinseln und zur Verbesserung der lufthygienischen Bedingungen geraten Grün- und Blauräume, also durch Grünbestände und Wasser geprägte Freiräume, verstärkt in den Fokus von Klimaanpassungsstrategien. In der Entwicklung dieser Strategien stehen Raum, Gesundheit und Klimawandelfolgen in vielfältigen Wechselwirkungen zueinander. Diese berühren Fragen der Veränderungen städtischer Flora und Fauna mit gesundheitlichen Auswirkungen genauso wie die Verteilung der Hotspots städtischer Klimabelastungen unter Umweltgerechtigkeitsaspekten.

Die positiven Effekte von Bewegung auf die Gesundheit sind unumstritten. Bewegung verhindert Übergewicht und Adipositas, kann demenzielle Erkrankungen verlangsamen und wirkt sich positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus. Die Förderung, Bewegung in den Alltag zu integrieren, ist naheliegend und daher eine häufig formulierte Empfehlung in der Gesundheitsförderung. Hier sind Nahmobilitätskonzepte und Ansätze, die unter dem Konzept der *Walkability* firmieren, sowohl in der Raumplanung als auch dem Gesundheitswesen vielversprechend.

Ein integrierter Ansatz zur Verknüpfung von Gesundheitsförderung mit räumlicher Planung von Stadtregionen ergibt sich bereits aus der „Agenda 21“ von 1992 (UN 1992), dem Abschlussdokument der seinerzeitigen UN-Konferenz von Rio de Janeiro. Hieraus resultierte 1994 ein „Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa“ (WHO 1994), der 1999 vom Bundesumweltministerium in ein „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ (APUG) umgesetzt wurde (BMUB 1999).

2 Einrichtung eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreises zur „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“

Gesundheit in Städten ist ein Thema, das derzeit sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Raumplanung in Theorie und Praxis diskutiert wird. Die jeweiligen praxisnahen Zeitschriften *RaumPlanung* (Heft 186, 4 2016) des Informationskreises Raumplanung (IfR) und *Public Health Forum* (Heft 4, 2016) hatten beide im Jahr 2016 einen Schwerpunkt zum Thema Gesundheitsförderung, die *PlanerIn* (Heft 3, 2012) der Vereinigung der Stadt-, Regional- und Landesplanung e.V. (SRL) bereits im Jahr 2012. Es sind aktuelle Fachbücher herausgegeben worden, Kongresse finden statt.

Angesichts der dargestellten zahlreichen aktuellen thematischen Bezüge zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung hat die Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) 2013 einen bundesweiten Arbeitskreis eingerichtet, der sich Themen einer gesundheitsfördernden Entwicklung von Stadtregionen widmet.

Die ARL setzt als institutioneller Akteur am Gedanken einer transformativen Wissenschaft mit ihrer organisatorischen Struktur und ihren Arbeitskreisen an. In ihrem Selbstverständnis „versteht sich die ARL als Forum und Kompetenzzentrum für die Erforschung räumlicher Strukturen und Entwicklungen, ihrer Ursachen und Wirkungen sowie ihrer politisch-planerischen Steuerungsmöglichkeiten“ (ARL 2016). Sie agiert als Netzwerk zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Fachdisziplinen und Akteuren aus der planerischen Praxis auf der Ebene des Bundes, des Landes und der Kommunen und damit als institutioneller Akteur zur inter- und transdisziplinären Vernetzung

Demzufolge setzte sich der Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ aus Personen der fachlichen Disziplinen Medizin, Biologie, Public Health, Stadt- und Landschaftsplanung/-architektur, Architektur, Pädagogik und Erziehungswissenschaften sowie Geographie, Umweltwissenschaft, Ökologie und Sportwissenschaft zusammen. Die Mitglieder sind in den Bereichen der Hochschule mit Forschung und Lehre und in der raum- und gesundheitsbezogenen Praxis in konzeptionell-planerischen und umsetzungsorientierten Tätigkeitsfeldern engagiert. Sie brachten ihre jeweiligen Erfahrungen in die Diskussion ein, eigene Forschung ist in diesem Rahmen nicht vorgesehen. Die Zielsetzung des Arbeitskreises lag demzufolge explizit in

- > einer Zusammenführung bestehender Instrumente (Rahmenbedarfsplanung, Genehmigungs- und Planfeststellungsverfahren sowie Programme und Projekte) und einer Entwicklung neuer Möglichkeiten räumlicher Planung zur Gesundheitsförderung (Fachplan ggf. Fachbeitrag Gesundheit, Möglichkeiten durch den Setting-Ansatz),
- > einem interdisziplinären Austausch, insbesondere zwischen räumlicher Planung und Public Health, aber auch den weiteren Raum- und Sozialwissenschaften, und
- > dem transdisziplinären Austausch zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Praktikerinnen und Praktikern aus verschiedenen staatlichen, privaten und wohltätigen Institutionen.

Im Arbeitskreis fand die Beschäftigung mit Gesundheit primär explizit auf Ebene der Stadt und weniger auf Ebene der Stadtregion statt. Nicht vorgesehen war zudem eine vertiefende Befassung mit Qualitätsstandards der gesundheitlichen Versorgung in der Stadtregion und im Quartier (z.B. raumbezogene Bedarfszahlen für ärztliche Versorgung, Pflegeeinrichtungen) oder die Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens in ländlich geprägten Räumen. Unbestritten ist dies ebenfalls ein aktueller und relevanter Themenbereich; er wird jedoch bereits in anderen Zusammenhängen behandelt, wie beispielsweise ökonomisch mit Blick auf die Tragfähigkeiten oder räumlich im Kontext von Fragen zur Sicherung der Daseinsvorsorge.

Der Arbeitskreis orientierte sich thematisch an der Zielsetzung eines auf Nachhaltigkeit angelegten gesellschaftlichen Veränderungsprozesses, in dem Wissenschaft eine neue Rolle zugewiesen wird: Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) prägte in seinem Gutachten zur Transformation (WBGU 2011: 374) die Definition einer transformativen Forschung. Eine transformative Wissenschaft beinhaltet demnach, dass sie die „Umbauprozesse durch spezifische Innovationen [...] befördert. Sie unterstützt Transformationsprozesse konkret durch die Entwicklung von Lösungen sowie technischen und sozialen Innovationen; dies schließt Verbreitungsprozesse in Wirtschaft und Gesellschaft sowie die Möglichkeiten zu deren Beschleunigung ein und erfordert zumindest in Teilen systemische Betrachtungsweisen sowie inter- und transdisziplinäre Vorgehensweisen, darunter die Beteiligung von Stakeholdern“ (ebd.). Wissenschaft und Praxis arbeiten gemeinsam an Problemdefinitionen und Problemlösungsstrategien. Es geht dabei um eine Koproduktion von Wissen, um die Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis gemeinsam für nachhaltige Lösungen zu nutzen.

Zunächst wurde der Stand der Forschung zu bestehenden Instrumenten, Synergien und Zielkonflikten bestehender räumlicher Leitbilder, Konzepte und Strategien mit dem Ziel der Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Umwelt- und Verfahrensgerechtigkeit, Innenentwicklung und Nachverdichtung, Anpassung an den Klimawandel sowie Umgang mit dem demografischen Wandel diskutiert. Damit verbunden wurden unterschiedliche Begriffsverständnisse von Planungs- und Gesundheitswissenschaften, beispielsweise zu Umwelt und Partizipation, aufbereitet und aus unterschiedlichen Perspektiven auch mit Blick auf eine instrumentelle Weiterentwicklung diskutiert. Dieser Austausch wurde erweitert im Rahmen eines wissenschaftlichen Workshops (Experten-Workshop: Gesundheitsfördernde Stadtregionen) an der TU Dortmund am 8./9. Juni 2015 mit eingeladenen Expertinnen und Experten aus den genannten Bereichen.

3 Unterschiedliche Disziplinen – unterschiedliche Perspektiven

Entsprechend den unterschiedlichen Disziplinen der raumbezogenen Planung und der Gesundheitsförderung unterscheiden sich auch die jeweiligen Perspektiven und Begriffsverwendungen in Bezug auf Gesundheit. Diese zeigen sich in dem grundlegenden Verständnis von Gesundheit, verbunden mit der Definition von Gesundheitsschutz als Abwehr von Krankheitsgefahren und Gesundheitsförderung im Sinne unterstützen der Strukturen für das menschliche Wohlbefinden. Unterschiedlich ist auch der Zu-

gang über raumbezogene Gebietskulissen, die für den Einsatz von Finanzmitteln beispielsweise der Städtebauförderung entscheidend sind; dem gegenüber steht der Ansatz des Settings in Public Health, das durch lebensweltliche Bezüge der Bevölkerung definiert wird. Gleiches gilt für die räumlichen Ebenen, die ebenfalls mit Blick auf Planung als räumlich abgegrenzte Gebiete und als lebensweltlicher Raum zu differenzieren sind, aber auch für den komplexen Begriff von Umwelt. Und schließlich besteht ein deutlicher Unterschied in dem Verständnis und den damit verbundenen Zielsetzungen von Partizipation mit unterschiedlichen Beteiligungsformaten im Rahmen von räumlichen Planungsverfahren und ein an individuelle Ressourcen der Bevölkerung gerichtetes Empowerment.

Ein gemeinsam getragenes Begriffsverständnis wurde weder im Arbeitskreis noch für diesen Sammelband angestrebt. Wichtiger erschien es hingegen, die jeweilige Kontextualisierung aus den unterschiedlichen Perspektiven der Autoren und Autorinnen wahrzunehmen. Die folgenden Ausführungen stellen zentrale Begriffe der Diskussion dar und basieren auf definitorischen Annäherungen, die im Arbeitskreis gemeinsam erarbeitet wurden. Sie dienen der Verbesserung der Dialogfähigkeit an inter- und transdisziplinären Schnittstellen.

Gesundheitsverständnis

Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Basierend auf dem Modell von Aaron Antonovsky kann man von einem Kontinuum sprechen, das auf Ressourcen des Menschen im Umgang mit Stressoren beruht (Antonovsky 1997). Am bekanntesten ist sicherlich die WHO-Definition, die in ihrer 1948 in Kraft getretenen Verfassung die Gesundheit des Menschen als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definierte. „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (WHO 1948). Hurrelmann definiert Gesundheit umfassend als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010). Dieses Verständnis von Gesundheit entspricht dem Salutogenese-Ansatz.

In diesem umfassenden Sinne wird Gesundheit als mehrdimensionales Phänomen, das über die Abwesenheit von Krankheit hinausreicht, verstanden. So konkretisierte die WHO ihre Definition, oft als utopisch und nicht operationalisierbar kritisiert, 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung: „Um ein umfassendes [...] Wohlbefinden zu erlangen, ist es demnach notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986).

Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist in Deutschland vor allem auf der Ebene der Bundesländer in den Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Der gestaltende Auftrag, „Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern“ (WHO 2005), ist eine Herausforderung für diese Institutionen. Hierzu sollen Menschen befähigt werden, ihre gesundheitsförderlichen Ressourcen zu nutzen und ihnen sollen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in ihrer Lebenswelt ermöglicht werden. Die Gesundheitsförderung ergänzt als ein ressourcenorientierter Ansatz, der nicht auf einzelne Krankheitsbilder fokussiert, die risiko-orientierte Prävention. Während es also bei der (Krankheits-)Prävention vorrangig darum geht, Risikofaktoren für Erkrankungen zu vermeiden, die überwiegend durch Medizin und Naturwissenschaften erkannt wurden, geht es bei der Gesundheitsförderung mit einem eher sozialwissenschaftlichen Ansatz darum, die Menschen darin zu unterstützen und zu stärken, ihre Gesundheit zu entwickeln wie auch ihre Lebensbedingungen zu verbessern.

Mit Bezug zur Definition von Gesundheit durch die WHO in ihrer Gründungskonvention 1948 entstand in der Folge die Ottawa Charta (1986) der WHO, die die bis heute gültige Definition der „Gesundheitsförderung“ enthielt: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health“ (WHO 1986). Sie basierte auf der Erklärung von Alma Ata „Primäre Gesundheitsversorgung“, die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit forderte. Diese Definition wurde 2005 mit der „Bangkok Charta for Health Promotion in a Globalised World“ leicht verändert: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health“ (WHO 2005). Die Umwelt ist allerdings nicht in jeder Definition von „Health promotion“ enthalten, sondern der Einfluss der Umwelt wird als Einflussfaktor der individuellen Gesundheit, die im Vordergrund steht, gesehen.

Vorsorge als Prinzip

Vorsorge kann als ein Grundpfeiler des Umweltrechts gesehen werden. Sie entwickelte sich zu Beginn der 1970er Jahre im Rahmen grundlegender politischer Umweltprogramme aus der Erkenntnis heraus, dass die Sanierung bereits eingetretener Umweltschäden in der Regel erheblich teurer ist als Maßnahmen zur Vorsorge vor Umweltschäden. Gegenüber dem Gefahrenschutz zieht die Vorsorge nun auch solche Schadensmöglichkeiten in Betracht, für die noch keine Gefahr, sondern nur ein Gefahrenverdacht oder ein Besorgnispotenzial besteht. Somit betrachtet Vorsorge Schadensmöglichkeiten, für deren Eintritt sich nur begrenzt eine Wahrscheinlichkeit berechnen lässt, bzw. die ggf. nur theoretisch denkbar sind. Vorsorge bezieht zeitlich und räumlich entfernte Gefahren ein und verpflichtet den Gesetzgeber zu einer möglichst frühzeitigen Vorsorge auch gegenüber zukünftigen, u.U. erst spätere Generationen betreffenden Gefahren im Rahmen einer weiträumigen Vorsorgeperspektive (z.B. gemäß Art 20a GG).

Das Prinzip der Gefahrenabwehr basiert auf einem pathogenetischen Verständnis von Gesundheit und verweist auf die (oft unzureichenden) gesundheitsschützenden Mindeststandards/Normen, die durch die Behörden überwacht und durchgesetzt wer-

den. Weitergehender Gefahrenschutz bis hin zur gesundheitlichen Vorsorge gilt als Aufgabe der staatlichen Planung (von den gesamträumlichen Plänen wie Landesplanung und Bauleitplanung bis hin zu ergänzenden freiwilligen Plänen, Vereinbarungen etc.). Eine wirksame Vorsorge lässt sich dort im Rahmen der gerechten Abwägung durchsetzen und über Ermessensentscheidungen etc. verbindlich machen.

Daseinsvorsorge

Als Leitprinzip basiert die Daseinsvorsorge, verstanden als staatlich garantierte Grundversorgung, auf dem Gedanken der in Artikel 72 im Grundgesetz festgehaltenen „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ und ist im Raumordnungsrecht verankert. Gleichwertigkeit steht in Zusammenhang mit dem grundgesetzlichen Verständnis der Bundesrepublik Deutschland als Sozialstaat und als Bundesstaat. Mit dem Begriff wird die Zielsetzung an die Akteure (u.a. der Raumordnung) formuliert, „zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung mit gleichwertigen Lebensverhältnissen in den Teilräumen“ (§ 1 Abs. 2 Raumordnungsgesetz) beizutragen. Daseinsvorsorge erfordert ein breites Spektrum an Leistungen vor Ort. Unabhängig von der Lage des Wohnorts soll den Bürgerinnen und Bürgern die gleiche Teilhabe an öffentlich getragenen technischen und sozialen Infrastrukturleistungen und die gleiche Chance auf Selbstentfaltung der Person ermöglicht werden. Dies bezieht sich auch auf die gesundheitliche Versorgung in städtischen wie in ländlich geprägten Regionen.

Gebietskulissen und Setting

Aus Sicht der räumlichen Planung fokussieren Handlungsbedarfe bzw. Planungserfordernisse zum einen auf definierte abgegrenzte Teilräume in der Stadt, für die örtliche Bestimmungen als Satzung beschlossen werden (z.B. ein formeller Bebauungsplan). Zum anderen werden städtische Teilräume auch nach strategischen Gesichtspunkten thematisch und räumlich abgegrenzt und damit zu Gebietskulissen erklärt, für die Handlungserfordernisse bestehen. Hier sind es informelle Planwerke, die die Grundlage bieten, um planerische Maßnahmen und Finanzmittel (v.a. aus der Städtebauförderung des Bundes und der Länder) zu bündeln.

Demgegenüber basiert die Definition und Abgrenzung von sog. Settings auf sozialen Systemen im Sinne abgrenzbarer Lebenswelten von Menschen. Als Kernstrategie der Gesundheitsförderung werden auf das Individuum bezogene Maßnahmen („Verhaltensprävention“) mit Maßnahmen, die auf die soziale und physische Umwelt abzielen („Verhältnisprävention“) kombiniert. „Settings können in der Regel anhand physischer Grenzen, einer Anzahl von Menschen mit definierten Rollen und einer Organisationsstruktur identifiziert werden. Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsplätze, Krankenhäuser, Städte und Stadtteile“ (WHO 2013).

Geht es um das Erkennen von Problemlagen, die Entwicklung von Zielen und die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, so ist die partizipative Einbindung der Menschen vor Ort damit verbunden, die Verhältnisse in ihren Lebensräumen gesundheitsförderlich beeinflussen zu können. Die Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation und die Befähigung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung

ihrer Lebensräume als Empowerment im Sinne der Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen ist ein zentraler Aspekt von Gesundheitsförderung.

Räumliche Ebenen: Region, Stadt und Quartier

Der Fokus des Bandes liegt auf der Ebene der Stadt und des Quartiers. Dennoch wird punktuell die Stadtregion als Handlungsraum adressiert, der über die territorialen Grenzen einer Stadt hinausreicht. Die Stadtregion kann sowohl geographisch als auch von politischen, sozialen und kulturellen Determinanten bestimmt sein. Als Planungsraum kann eine Region normativ-programmatisch abgegrenzt werden. Mit der umgangssprachlichen Definition von Stadt korrespondieren Aspekte der Stadt als sozialer Lebensraum. Demgegenüber wird Stadt auch als politisch-administratives Territorium angesehen, das geographische Merkmale im Hinblick auf bauliche Dichte oder eine funktionale innere Gliederung umfasst und mit dem Blick auf den jeweiligen Planungsraum verknüpft ist. Ein Quartier wird als ein alltäglicher Lebens- und Erfahrungsraum betrachtet, der unterhalb der Gesamtstadt und des Stadtteils und oberhalb des Baublocks liegt. Durch die lebensweltlichen Bezüge wird das Quartier nicht nur städtebaulich-physisch und funktional konstruiert, sondern gilt auch als politischer und städtebaulicher Handlungsrahmen, der politisch-planerische Dimensionen aufweist. Als Gebietskulisse zeigen sich im Quartier Verknüpfungen zum Ansatz des Settings Kommune in der Gesundheitsförderung.

Partizipation und Empowerment

Diese beiden Begriffe zeigen sehr grundlegende unterschiedliche Verständnisse von Beteiligung der Bevölkerung auf. Partizipation hat in der räumlichen Planung und somit auch in der Stadtplanung einen hohen Stellenwert. Sie umfasst die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Interessensgruppen und Trägern öffentlicher Belange an Planungsverfahren und ist nicht nur ein Element gelebter Demokratie, sondern dient auch dazu, Entscheidungen zu legitimieren, sie durch Wissen relevanter Akteure zu bereichern sowie die Akzeptanz und in der Folge möglicherweise auch deren Umsetzung zu befördern (Bischoff et al. 2007). Aus dem Verständnis von räumlicher Planung als hoheitlicher Aufgabe ist es die zentrale Aufgabe der Bauleitplanung, die räumliche Entwicklung einer Stadt vorzubereiten und zu leiten und konkurrierende Ansprüche an den Raum gegen- und untereinander abzuwägen. In den gesetzlich geregelten Verfahren sind die Möglichkeiten der Partizipation, in diesem Falle der Öffentlichkeitsbeteiligung, geregelt. Diese Regelungen beziehen sich auf den Zeitpunkt innerhalb des Planungsverfahrens, die Akteure, die zur Öffentlichkeit zählen, sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme. Werden gesetzliche Mindeststandards nicht eingehalten, liegt ein Formfehler vor, gegen den Betroffene klagen können. Ist ein Projekt oder ein Plan einer (Strategischen) Umweltverträglichkeitsprüfung zu unterziehen, so sind die Beteiligungsmöglichkeiten ausgeweitet. Die Möglichkeiten der Partizipation in formellen Verfahren wurden in Form von Beschleunigungsgesetzen (z. B. durch Einführung des § 13a BauGB im Jahre 2007) eingeschränkt, sie werden zeitgleich im Geist der Aarhus-Konvention (UN 1998) jedoch kontinuierlich ausgeweitet.

Die Mitwirkung in diesen als formell bezeichneten Planungsverfahren setzt in besonderem Maße voraus, dass alle Beteiligten über entsprechende Fähigkeiten verfügen. Ist eine erweiterte Beteiligung gewünscht, müssen Planerinnen und Planer neue Wege gehen, um Zielgruppen angemessen zu beteiligen. Hier setzt die von den Gesundheitswissenschaften formulierte Zielsetzung des Empowerment an, um Partizipation auf Augenhöhe im Sinne eines gleichberechtigten kooperativen Zusammenwirkens zu ermöglichen. Es gilt in diesem Verständnis, sozialer Ungleichheit in der Teilhabe an Entscheidungsverfahren im Sinne der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit entgegenzuwirken.

Wenn auch die Möglichkeiten der Beteiligung seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland ständig erweitert wurden – von der Information zur Anhörung bis zur Beteiligung –, kann man diese unterschiedlichen Stufen der Beteiligung als Ergänzung ansehen. Unabhängig von den planerisch definierten Beteiligungsformaten kommt in einigen Beiträgen ein weitergehendes Verständnis von Partizipation zum Ausdruck.

Umwelt

Der Begriff Umwelt wird in diesem Band sehr weitreichend verwendet; seine unterschiedlichen Dimensionen werden hier kurz aufgeführt. Dies wird von der jeweiligen disziplinären Perspektive, aber auch von politischer Kontextualisierung und damit verbundenen Handlungsaufträgen bestimmt.

So wird der Begriff Umwelt zum einen von einem allgemeinen Verständnis der Lebensumwelt, der Umweltbedingungen und -faktoren, -verhältnisse sowie -medien bestimmt. Er wird aber auch als wertender Begriff mit Blick auf überwiegend negativ konnotierte Zusammenhänge verstanden, mit Einordnungen wie einer umweltbelasteten Lage, umweltbedingter Benachteiligung, Umweltrisiken, Umweltressourcen, Umweltqualitäten und -belastungen sowie auch -entlastungen. Mit Blick auf Wirkungen auf die Umwelt finden sich Begriffe wie Umweltexpositionen, -kontext, Umwelteinflüsse, -determinanten, -noxen, -einwirkungen, aber auch -auswirkungen, verknüpft mit Umweltgerechtigkeit und Umweltfreundlichkeit. In dem Beitrag zu Umweltgerechtigkeit wird deutlich gemacht, dass es auch ein erweitertes Verständnis gibt, das neben der physischen auch die soziale Umwelt einbezieht. Darauf zielen auch die unterschiedlichen umweltbezogenen Instrumente der Fachressorts ab, wie Umweltverträglichkeitsprüfung, Umweltprüfung(-spflicht), Umweltbericht, umweltschutzbezogene Fachplanungen und Umweltverbesserungsziele als Teil von Umweltbelangen in der Umweltplanung mit Blick auf umweltpolitische Rahmenbedingungen.

Des Weiteren wird der Begriff Umwelt auch für räumliche Teilbereiche verwendet, etwa gebaute, soziokulturelle und natürliche Umwelt oder Wohnumwelt. Aus disziplinären Perspektiven wird von Umweltepidemiologie, Umweltmedizin, Umwelthygiene, Umweltpsychologie, Umweltstatistik, Umweltplanung gesprochen. Damit in Verbindung steht die Verwendung umweltbezogener Handlungskonzepte wie Umweltschutz und umweltbezogene (Verfahrens-, Verteilungs-)Gerechtigkeit, umweltgerechte Stadtentwicklung, Umweltvorsorge und Umweltpolitik sowie Umweltrecht. Adressanten als potenziell handelnde Akteure sind Institutionen des politisch-administrativen

Systems wie Umweltressorts, Umweltämter, das Referat Umwelt und Gesundheit, oder das Bundesumweltministerium, aber auch Umweltvereine.

4 Aufbau des Bandes

Der vorliegende Sammelband spiegelt die inter- und transdisziplinäre Besetzung des Arbeitskreises sowie die Struktur seines Arbeitsprogramms wider. Die sowohl planerischen und gesundheitsbezogenen als auch praxis- und wissenschaftlich orientierten Beiträge ordnen sich in die vier Abschnitte Grundlagen, Anliegen, Instrumente und Themen ein. Während in den ersten beiden Abschnitten wissenschaftliche Perspektiven dominieren, wurden viele der Beiträge aus den anderen beiden Abschnitten von Autorinnen und Autoren aus Praxis und Wissenschaft gemeinsam erarbeitet. Textboxen, die gute Beispiele in Städten unterschiedlicher Größe und geographischer Lage zeigen, befinden sich thematisch zugeordnet in den beiden letzten Abschnitten.

Der erste Abschnitt „Grundlagen zum disziplinären Verständnis von Gesundheit, Raum und Intervention“ dient dem disziplinären Verständnis der Beziehung zwischen Gesundheit, Raum und Intervention. Er bildet den Rahmen für die nachfolgenden Beiträge. Aus fachlich planerischer Perspektive wird der Umgang mit Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge als zwei sich ergänzende Konzepte in ihrer historischen und heutigen Bedeutung und Entwicklung für die räumliche Planung vorgestellt (Beitrag Baumgart). Der hierzu korrespondierende Beitrag aus der Gesundheitswissenschaft diskutiert die Meilensteine auf dem Weg zum Konzept der Gesundheitsförderung, dessen Fundament die Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 ist (Beitrag Hornberg/Pauli/Liebig-Gonglach). Hier werden sowohl der Wandel eines Verständnisses von Gesundheit als auch Begriffe wie Salutogenese, Prävention und Settingorientierung und die Determinanten von Gesundheit erläutert. Als dritter Aspekt im ersten Abschnitt setzt sich der Beitrag Kistemann/Ritzinger mit den Leitbildern einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung auseinander und nimmt somit eine integrierte Perspektive von Gesundheit, Raum und Intervention ein. Es geht hier vor allem um die Frage, ob das Konzept der Gesundheitsförderung als Leitbild des Städtebaus und der Stadtentwicklung geeignet bzw. bereits etabliert ist.

Im zweiten Abschnitt „Strategische Anliegen auf dem Weg zu gesunden und lebenswerten Städten“ werden strategische Ansätze auf dem Weg zu lebenswerten und somit auch gesunden Städten beleuchtet. Die gesundheitspolitische Strategie der WHO „Health in All Policies“ zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung möglichst breit und nachhaltig zu fördern. Ausgangspunkt hierbei ist die Erkenntnis, dass politische Entscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen, die Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen haben, in unterschiedlichen Wechselwirkungen zueinander stehen. Der erste Beitrag in diesem Abschnitt diskutiert die Entwicklung sowie die Ziele und Inhalte der Strategie anhand von internationalen Konferenzergebnissen (Beitrag Köckler/Fehr). Es wird davon ausgegangen, dass Umweltgerechtigkeit ein wichtiges Anliegen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung ist. Das Konzept fordert, soziale Lage, Umweltqualität und Gesundheit zusammenzudenken. Neben der Auseinandersetzung mit dem theoretischen Konzept der Umweltgerechtigkeit

präsentiert der zweite Beitrag in diesem Abschnitt zentrale Ergebnisse eines Forschungsprojektes des Deutschen Instituts für Urbanistik (DIfU). Hier wurden am Beispiel von vier Pilotkommunen zentrale Elemente des strategischen Ansatzes zur Schaffung von Umweltgerechtigkeit erprobt (Beitrag Böhme/Köckler). Umweltgerechtigkeit fragt auch nach der gerechten Teilhabe aller Menschen an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zu befähigen und ihnen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Damit wird Partizipation (Beteiligung) auch bei unterschiedlicher Auslegung des Begriffes von Raum- und Gesundheitswissenschaft zu einem zentralen Prinzip sowohl gesundheitsförderlicher Aktivitäten als auch planerischer Interventionen (Beitrag Quilling/Köckler). Um politische Entscheidungen zur Schaffung von mehr Umweltgerechtigkeit und eine gesundheitsfördernde Stadt herbeizuführen, sind verschiedene inhaltliche und strategische Bausteine vonnöten. Einer dieser Bausteine ist die Aufbereitung relevanter Informationen und Daten (Monitoring) sowie die Kommunikation der Ergebnisse im politischen Raum. Der Beitrag von Bolte skizziert, welche Bedeutung epidemiologische Daten, Methoden und Ergebnisse für eine Gesundheitsförderung im Raum bzw. eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung haben. Einen weiteren zentralen Baustein skizziert der Beitrag von Böhme/Dilger/Quilling. Wie alle querschnittsorientierten Anliegen benötigt die Gesundheitsförderung eine ressortübergreifende Herangehensweise. Zudem ist es wichtig, bestehende Schnittstellen und Andockstellen in den Kommunen zu identifizieren, um gesundheitsfördernde Stadtentwicklung als Querschnittsthema in laufende Prozesse in Politik und Verwaltung zu integrieren.

Mit Instrumenten beschäftigt sich der dritte Abschnitt „Ausgewählte Instrumente und ihre Steuerungswirkungen für eine Umsetzung von Gesundheitsförderung“. Seit jeher ein zentrales Anliegen räumlicher Planung, findet Gesundheitsförderung auch in deren gesetzlichen Regelwerken ihren Niederschlag. Dabei verfügt das Bauplanungsrecht sowohl über Ansatzpunkte als auch über Grenzen zur Überplanung von Stadträumen im Interesse der Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit (Beitrag Fischer/Köck). Der Beitrag identifiziert darüber hinaus verschiedene Umweltfachplanungsinstrumente wie die Luftreinhalte- und Lärminderungsplanung, ebenso wie die integrierte gemeindliche Verkehrsplanung und Instrumente des besonderen Städtebaurechtes zur Implementation von Umweltgerechtigkeit und Gesundheitsförderung. Zu den Schutzgütern der Umweltprüfungen zählt insbesondere die menschliche Gesundheit. Umweltprüfungen eignen sich, um Auswirkungen auf das Schutzgut Mensch transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren und Gesundheitsbelange in Planungs- und Zulassungsverfahren zu integrieren (Beitrag Hartlik/Machtolf). Ein neueres Instrument ist der Fachplan Gesundheit. Er soll auf kommunaler Ebene dabei helfen, die Arbeit der unteren Gesundheitsbehörde datenbasiert und zielorientiert zu steuern und das Aufgaben- und Leistungsspektrum des Gesundheitssektors übersichtlicher und transparenter darzustellen. Für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zentriert er die bedeutsamen gesundheitsbezogenen Anliegen, die sozial-räumlichen Besonderheiten sowie quartiersbezogene Handlungsbedarfe (Beitrag Baumgart/Dilger). Am Beispiel der Städte Duisburg und München diskutiert der Beitrag Böhme/Spies/Weber die Integration des Themas Gesundheit in das Programm Soziale Stadt. Die der Städtebauförderung mit ihren Teilprogrammen zugrunde liegenden integrierten Handlungskonzepte bieten vielfältige Potenziale zur Integration

und auch zur Finanzierung von Maßnahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung.

Zur Steuerung und Lenkung der räumlichen Ordnung sind Gesetze wichtige Instrumente. Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention) unterstreicht die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Durch das Gesetz wird ein konkreter, finanziell hinterlegter Anlass für eine Zusammenarbeit zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung geschaffen (Beitrag Rauland/Böhme/Köckler). Im dritten Abschnitt zu Instrumenten sind Textboxen mit Beispielen aus der Planungspraxis den jeweiligen Instrumenten zur Veranschaulichung zugeordnet.

Beiträge zu aktuellen interdisziplinären Themen bilden den vierten und letzten Abschnitt „Aktuelle interdisziplinäre Themen der Raum- und Gesundheitswissenschaft und -praxis“. Sie greifen Themen auf, die sowohl Raum- und Gesundheitswissenschaft als auch die Praxis gleichermaßen beschäftigen. Eine rechtliche und methodische Herausforderung einer wirksamen Umweltvorsorge zeigt sich in verdichteten Räumen, wo unterschiedliche Gesundheitsbelastungen kumulieren. Hier gilt es, die Gesamtbelastung anhand neuer Methoden zu verdeutlichen, um integrierte Lösungen und Handlungsansätze generieren zu können (Beitrag Kühling/Kawe). Der Ansatz der Walkability will einem gesamtgesellschaftlich festzustellenden Bewegungsmangel mit einer Kombination von verhaltenspräventiven Interventionen (mit Bezug auf die Individuen) und verhältnispräventiven Maßnahmen (mit Bezug auf den sozialen Kontext und die Verhaltensumgebung) entgegenwirken (Beitrag Tran). Vermehrt wird die Bedeutung von Grün- und Freiflächen unter den Gesichtspunkten Umwelt, Gesundheit und soziale Lage als Ausgleich von unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen hervorgehoben. Aufbauend auf der aktuellen Evidenz zu gesundheitlichen Wirkungen formuliert der Beitrag von Claßen Anforderungen an und Perspektiven für die Entwicklung von Stadtgrün im Rahmen einer integrierten, gesundheitsförderlichen Stadtplanung. Die Stadtentwicklung hat in den vergangenen Jahren die große Bedeutung von Wasser in der Stadt erkannt. Auch aus Sicht der Gesundheitsvorsorge bieten Wasserflächen, auch urbane Blauräume genannt, ein großes Potenzial, das Wohlbefinden und die Gesundheitsförderung in Wohnortnähe voranzubringen (Beitrag Kistemann). Grüne und blaue Strukturen bilden darüber hinaus wichtige Bausteine im Rahmen der kommunalen Klimaanpassung. Gleichwohl müssen die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen Raum und Gesundheit sowie ihre Beziehungen zu Aspekten des demografischen Wandels und der Umweltgerechtigkeit zentrale Anliegen bei der Entwicklung von Klimaanpassungsstrategien sein (Beitrag Rüdiger). Mit der Alterung der Gesellschaft als einem Phänomen des demografischen Wandels und den Anforderungen an die Gestaltung von Quartieren beschäftigt sich der Beitrag Brüchert/Quentin. Insbesondere die Möglichkeiten zur aktiven Fortbewegung und zur Wahrnehmung vielfältiger außerhäuslicher Aktivitäten unterstützten die gesellschaftliche Teilhabe Älterer. Zuwanderung hat als weitere Facette des demografischen Wandels Deutschland vor allem durch die hohe Zahl von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in den Jahren 2015 und 2016 beschäftigt. Am Beispiel der bauplanungsrechtlichen Optionen zur Unterbringung von Flüchtlingen diskutiert der Beitrag Gliemann/Rüdiger das Verständnis von gesunden Wohnverhältnissen. Die Schaffung eines gesundheits-

fördernden Wohnumfeldes ist Ziel des Einsatzes nutzerfreundlicher Geoinformationssysteme und einer mobilen mediengestützten Partizipation. Am Beispiel von zwei Projekten dokumentiert der Beitrag von Knöll, wie es unterschiedlichen Nutzergruppen möglich ist, die eigenen Bedürfnisse und Anforderungen an den Stadtraum besser zu artikulieren und lokales Wissen einzubringen. Der letzte Beitrag in diesem Block (Lamker/Rüdiger) setzt sich mit Nutzungskonflikten und der wachsenden Bedeutung der städtischen Lärmbelastung mit Fokus auf den Spezifika von Gewerbelärm auseinander. Auch in diesem Abschnitt sind Beispiele aus der Praxis in Form von Textboxen enthalten.

Der Ausblick ist inhaltlich mit seinen thesenhaften Aussagen ein Gemeinschaftsprodukt des Arbeitskreises. Hier wird aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven auf das Aufgabenfeld „Gesundheitsfördernde Stadt“ diskutiert, was sich wie verändern muss, soll oder kann.

In diesem Sammelband werden Ergebnisse aus der dreijährigen Arbeit des transdisziplinären Arbeitskreises zu gesundheitsfördernden Stadtregionen für eine Leserschaft aus Planung und Gesundheitswesen in Praxis und Wissenschaft aufbereitet. Der Band enthält auch wertvolle Beiträge des am 6. November 2014 verstorbenen Arbeitskreis-Mitglieds Dr. med. Hans-Bernhard Behrends, bis März 2013 Leiter des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover. Wir haben ihn in der weiteren Arbeit sehr vermisst. Der Sammelband soll auch dazu dienen, seiner zu gedenken.

Autorinnen

*Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart (*1952), Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL), Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL, seit 2017 Mitglied des Präsidiums der ARL.*

*Prof. Dr.-Ing. Heike Köckler (*1972), Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und in deren Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“.*

*Dr. Anne Ritzinger (*1977), Studium der sozialwissenschaftlichen Geographie an TU und LMU München. Nach beruflichen Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU München (2006–2012) und als Leiterin des Referats „Bevölkerung, Sozialstruktur, Siedlungsstruktur“ in der Geschäftsstelle der Akademie für Raumforschung und Landesplanung in Hannover (2012–2016) ist sie nun in der Bayerischen Verwaltung für Ländliche Entwicklung am Bereich Zentrale Aufgaben tätig. Sie ist Systemische Beraterin.*

rin und Coach und hat zum Thema „Flächensparen zwischen Theorie und Praxis – eine akteursorientierte Analyse des Dorferneuerungsprozesses“ promoviert.

*Dr.-Ing. Andrea Rüdiger (*1966), Stadtplanerin und Diplom-Verwaltungswirtin, wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klimagerechten Stadtentwicklung, gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und -planung sowie in der Analyse des Einflusses der Stadtgröße auf das planerische Handeln. Geschäftsführerin des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2016): Aufgaben und Ziele der ARL. <https://www.arl-net.de/content/aufgaben-und-ziele-der-arl> (26.11.2016).
- Bischoff, A.; Selle, K.; Sinning, H. (2007): Informieren, Beteiligen, Kooperieren – Kommunikation in Planungsprozessen: Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund.
- BMUB- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (1999): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. APUG-Bericht 1999-2005. <https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/2988.pdf> (20.09.2017).
- BMUB- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017): Weißbuch Stadtgrün. Grün in der Stadt – Für eine lebenswerte Zukunft. www.bmub.bund.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/.../weissbuch_stadtgruen_bf.pdf (20.09.2017).
- Busson, H.-P.; Fischer, D. (2015). Flüchtlingszustrom: Herausforderungen für deutsche Kommunen. Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-Fluechtlingzustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015/\\$FILE/EY-Fluechtlingzustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-Fluechtlingzustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015/$FILE/EY-Fluechtlingzustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015.pdf) (24.02. 2017).
- De Gruyter (2016): Public Health Forum 4. Ettenheim.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Bern.
- IfR – Informationskreis für Raumplanung (2016): Stadtentwicklung und Gesundheit. In: RaumPlanung 4 (186).
- Schneidewind, U. (2014): Urbane Reallabore – ein Blick in die aktuelle Forschungswerkstatt. = pnd online III.
- SRL – Vereinigung der Stadt-, Regional- und Landesplanung (2012): Gesundheit und Planung. = PlanerIn 3.
- UN – United Nations (1992): Agenda 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung. www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf (20.09.2017).
- UN – United Nations (1998): Convention on access to information, public participation in decision-making and access to justice in environmental matter. <http://www.unep.org/fileadmin/DAM/env/pp/documents/cep43e.pdf> (20.09.2017).
- WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2011): Hauptgutachten. Welt im Wandel – Gesellschaftsvertrag für eine große Transformation. Berlin. http://www.wbgu.de/fileadmin/user_upload/wbgu.de/templates/dateien/veroeffentlichungen/hauptgutachten/jg2011/wbgu_jg2011.pdf (20.09.2017).
- WHO – World Health Organization (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York.
- WHO – World Health Organization (1978): Erklärung von Alma-Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (17.08.2017).
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (28.11.2016).
- WHO – World Health Organization (1994): Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa. www.apug.de/archiv/pdf/who_helsinki94_bericht.pdf (20.09.2017).
- WHO – World Health Organization (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf (17.08.2017).
- WHO – World Health Organization (2013): Introduction to Healthy Settings. http://www.who.int/healthy_settings/about/en/ (17.08.2017).